

© Коллектив авторов, 2013 г.
УДК [616.3+616.517]-02

**А. С. Салихова, А. Я. Крюкова,
З. Р. Хисматулина, А. А. Иблиямина**

ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОВОЦИ- РУЮЩИЕ РАЗВИТИЕ ПАТОЛО- ГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И ОБОСТРЕНИЕ ПСОРИАЗА

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

ВВЕДЕНИЕ

Согласно клинико-статистическим данным, псориазом страдает от 3 до 7 % населения планеты, популяционная частота псориаза в странах Центральной Европы колеблется от 0,2 до 11,8 %. Актуальность проблемы обусловлена значительным ростом заболеваемости псориазом, особенно среди лиц трудоспособного возраста, высоким удельным весом среди других кожных болезней, учащением случаев тяжелых форм, трудно поддающихся лечению и приводящих к инвалидизации. Исследования показали, что ухудшение качества жизни, вызванное псориазом, соответствует или даже превышает данный параметр, регистрируемый при сахарном диабете, ревматоидном артрите и онкологических заболеваниях.

Псориаз — хронический дерматоз мультифакториальной природы, который характеризуется гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации, воспалительной реакцией в дерме, а также изменениями в различных органах и системах. В настоящее время псориаз трактуется как псориагическая болезнь. В развитии псориаза имеют значение генетические, иммунологические, инфекционные факторы, нарушения нейрогуморальной регуляции и эндогенная интоксикация, однако многие механизмы развития псориаза до настоящего времени остаются предметом дискуссии.

Многими авторами отмечается психосоматическая природа заболевания. Для больных псориазом с патологией гепато-билиарной системы характерны особенности личностных дезадаптаций, проявляющиеся жестокостью, консерватизмом, контролируемостью, реактивной уравновешенностью, и низкое качество жизни, обусловленное влиянием психоэмоциональных аспектов. Стресс является ключевым фактором, способствующим формированию дерматоза. Показано, что у больных псориазом существенно снижена способность противостоять стрессам и справляться с их последствиями. Более того, имеющиеся у таких пациентов астенические, астенодепрессивные, вегетативно-

сосудисто-висцеральные расстройства с невротическими реакциями формируют или усугубляют уже имеющийся порочный круг.

Обращает на себя внимание частая ассоциация псориаза и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей, частота которых, по некоторым данным, составляет около 30 % у всех больных дерматозом и 80 % от всех сопутствующих соматических заболеваний при данной патологии. Наиболее часто встречаются гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезия желчевыводящих путей, стеатогепатоз. При тяжелых формах заболевания частота выявления заболеваний ЖКТ увеличивается до 95 %. Хроническая эндотоксинемия, обусловленная дисбалансом иммунной системы организма, активацией Т-лимфоцитов и миграцией их в кожу, увеличивающимся выбросом воспалительных цитокинов и хемокинов, приводит к функциональным нарушениям в работе печени и почек, тяжесть которых зависит от ее уровня и длительности заболевания, а также от наличия сопутствующей патологии. Таким образом, при псориазе немаловажное значение в дополнительной элиминации эндотоксинов отводится органам естественной детоксикации, в первую очередь, печени и кишечнику.

Патология системы органов пищеварения и псориаз имеют ряд общих факторов риска. В связи с этим важным направлением является изучение и систематизация факторов риска развития патологии органов пищеварения у больных псориазом с целью раннего ее выявления.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведен скрининг 100 больных в возрасте от 20 до 53 лет обоего пола с верифицированным диагнозом «бляшечный псориаз» в прогрессирующей и стационарной стадиях, с продолжительностью болезни от 8 месяцев до 30 лет, на наличие сопутствующего заболевания желудочно-кишечного тракта. Выявлялись клинико-анамнестические особенности развития псориаза у наблюдаемых больных, а именно — пусковые факторы дебюта и обострений заболевания. Критериями включения пациентов в группу наблюдения были информированное добровольное согласие на участие в исследовании, наличие клинически подтвержденного псориаза в стационарной или прогрессирующей стадии, наличие функциональной и органической патологии ЖКТ, выявляемой клинико-функционально и/или лабораторно. Критериями исключения из исследования служили наличие сопутствующей соматической патологии в стадии обострения, декомпенсированные формы сердечной, печеночной и почечной недостаточности, хронический калькулезный холецистит, хронические гепа-

титы любой этиологии, цирроз печени, онкологические заболевания, алкоголизм, наркомания, психические расстройства, беременность. Программа исследования включала изучение профессиональных, социальных факторов и образа жизни больных псориазом. Выявленные факторы были объединены в 7 групп: профессиональные, социальные, инфекционные, наследственные, аллергологические, травматические и дополнительные. Данные триггерные факторы отмечались и прежде многими исследователями проблемы псориаза, но попытка сгруппировать общность факторов риска, инициирующих развитие заболеваний пищеварительной системы и обострение псориазического процесса, прежде не предпринималась.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из первых изучаемых стрессиндуцированных групп риска был определен профессиональный фактор. Ведущим триггерным фактором при данной стрессиндуцированной форме псориаза являются различного рода психозмоциональный и физический стрессы. В 19,3 % случаев стрессы сочетались с хроническим пивным алкоголизмом. При одинаковой частоте заболевания пациентов обоего пола наиболее часто поражались лица активного работоспособного возраста 26 — 38 лет (42 %). Нервно-психические нагрузки на рабочем месте отмечали 58 человек (58 %), стрессовые ситуации в семье — 43 (43 %), недосыпание и переутомление — 65 (65 %).

В группе социальных факторов наиболее распространенным являлось нарушение питания. Алиментарный фактор мы изучали с помощью специально разработанной анкеты. Отсутствие завтрака выявлено у 51 человека (51 %), длительные перерывы между приемами пищи — у 49 (49 %), обильная еда на ночь — у 32 человек (32 %). Проведенный анализ позволил выявить значительные нарушения в характере питания у больных псориазом — голодание в связи с желанием похудеть, несоблюдение режима питания, нерациональный завтрак, употребление большого количества рафинированных углеводов, редкий прием овощей и фруктов, преобладание в рационе копченых и консервированных продуктов. Таким образом, проведенный анализ алиментарного фактора у обследуемых больных выявил значительные отклонения, что свидетельствует о его особой роли как в возникновении патологии системы пищеварения, так и в обострении хронического дерматоза. Среди группы социальных факторов выделен такой важный компонент, как физическая активность. Гиподинамия была выявлена у 22 больных.

У больных псориазом отмечались вредные привычки. Употребляли алкогольные напитки 1 раз

в неделю 44 % опрошенных, 45 пациентов имели стаж табакокурения более двух лет.

Нами анализировались эпидемиологические факторы, такие как перенесенные инфекционные заболевания ЛОР-органов, хронические очаги дремлющей инфекции. В 56 % случаев пациенты связывали дебют или очередной рецидив псориазического процесса с обострением очагов хронической инфекции. В инфекционнообусловленной группе больных триггерными факторами дебюта или обострения псориаза и патологии пищеварительного тракта явились острые респираторные вирусные инфекции, острая лакунарная ангина, обострение хронического тонзиллита. Указанные инфекционные состояния провоцировали развитие псориазического процесса, прогрессирующего с развитием воспаления в пищеварительном тракте. Их влияние основывается на рефлекторном и токсическом воздействиях на гипоталамическую область, что является одной из важнейших причин развития дисфункции вегетативной нервной системы [8].

В качестве одного из возможных факторов риска нами проанализирована наследственная предрасположенность к патологии ЖКТ у больных псориазом. Генетический фон изучался подробным расспросом больного о наличии заболеваний псориазом и болезней пищеварительной системы у ближайших родственников. Среди заболеваний ЖКТ у больных псориазом преобладала отягощенность по язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и другим болезням кишечника. Аллергические реакции в анамнезе отметили 25 пациентов, 8 пациентов указали на перенесенные травмы органов брюшной полости.

Таким образом, имеется большое количество этиопатогенетических факторов, общих для псориаза и патологии ЖКТ, что подчеркивает необходимость комплексного исследования этих патологических состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаскевич В.П., Базеко Н. П. Псориаз. — М.: Мед. лит., 2007. — 177 с.
2. Аковбян Г.В., Шамина Г. Е., Компасова О. В. Биологические препараты, как новая парадигма в лечении псориаза: обзор литературы и собственные наблюдения // Клин. дерматол. и венерол. — 2007. — № 2. — С. 10 — 19.
3. Балтабаев М. К. Псориаз: патогенетические аспекты и терапия. — Бишкек, 2005. — 262 с.
4. Бергстром К. Г. Псориаз. — М.: Практика, 2007. — 152 с.
5. Биохимические особенности состава пузырной желчи при патологии желчевыводящих путей / Е. Ю. Плотникова [и др.] // Клин. лаборат. диагностика. — 2007. — № 6. — С. 33 — 36.
6. Владимиров В. В., Владимирова Е. В. Псориаз: этиопатогенез, клиника, лечение и профилактика, качество жизни // Медицина. Болезни кожи. — 2006. — № 6 (17). — С. 38 — 44.
7. Ивашкин В. Т. Болезни печени и желчевыводящих путей. — М.: М-Вести, 2005. — 536 с.

8. Ильченко А. А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей. — М.: Анахарсис, 2006. — 496 с.

9. Клеменова И. А. Псориаз: современный подход к диагностике и лечению // Нижегород. мед. журн. — 2006. — № 4. — С. 88–91.

10. Котельникова А. Б. Клинико-метаболическая эффективность адеметионина у больных псориазом с патологией органов гепато-билиарной системы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Тюмень, 2009. — 134 с.

11. Крюкова А. Я., Иблиямина А. А., Хисматуллина З. Р. Оптимизация лечения больных псориазом с билиарной патологией // Актуальные вопр. дерматовенерол. — Казань, 2009. — С. 52.

12. Ермакова А. В., Быстрицкая О. Д., Матусевич С. Л. Особенности пищевого статуса больных распространенным псориазом // Вестник Тюмен. гос. ун-та. — 2007. — № 6. — С. 248–251.

13. Ермакова А. В., Матусевич С. Л., Фролова О. И. Особенности соматического статуса больных псориазом в пожилом возрасте // Мед. наука и образование Урала. — 2006. — № 3. — С. 16.

14. Ермакова А. В., Матусевич С. Л. Структура нарушений функциональной активности и дисбиотического профиля толстого кишечника у больных псориазом // Сибир. журн. дерматол. и венерол. — 2007. — № 8. — С. 71.

15. Стукалова Н. Я. Измерение показателей качества жизни у больных псориазом с применением опросника SF-36 // Проблемы управления здравоохранением. — 2006. — № 5. — С. 87–90.

16. Тлупова М. В. Состояние свободно-радикальных процессов у больных псориазом: дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2007. — 160 с.

17. Томас Х. Кожные болезни. Диагностика и лечение: справочник. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 672 с.

18. Хардинова С. А. Патология желудочно-кишечного тракта у больных псориазом в сочетании с хроническим описторхозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2005.

19. Шагова Ю. В. Клинико-прогностическое значение функциональных и структурных изменений кишечника при псориазе: дис. ... канд. мед. наук. — Саратов, 2009. — 136 с.

20. Шмакова А. С. Роль липидных нарушений и провоспалительных цитокинов в патогенезе псориаза и их коррекция: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009.

РЕЗЮМЕ

А. С. Салихова, А. Я. Крюкова, З. Р. Хисматуллина, А. А. Иблиямина

Факторы риска, провоцирующие развитие патологии органов пищеварения и обострение псориаза

Показаны факторы риска, влияющие на обострение псориаза, а также особое внимание уделяется стрессу, который пациент испытывает на работе. Данные исследований системы органов пищеварения выявили, что при данной патологии и при псориазе имеются сходные факторы риска, что необходимо учитывать при комплексном ведении данных больных.

Ключевые слова: псориаз, факторы риска, заболевания органов пищеварения.

SUMMARY

A. S. Salikhova, A. Ya. Kryukova, Z. R. Khismatullina, A. A. Ibliyaminova

Risk factors that provoke development of the digestive pathology and psoriasis

The paper deals with the risk factors that provoke aggravation of psoriasis, with special attention to the stress the patient experiences among co-workers. Careful examination of the digestive system organs has shown that in case of their pathology and in case of psoriasis there are similar risk factors — the fact to be taken into account in complex management of such patients.

Key words: psoriasis, risk factors, diseases of the digestive system.

© И. Г. Пашкова, Л. А. Алексина, 2013 г.
УДК 611.71:612.015.31(471.22):577.7

И. Г. Пашкова, Л. А. Алексина

ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ У ЖИТЕЛЕЙ КАРЕЛИИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Кафедра анатомии, гистологии, патологической анатомии и судебной медицины Петрозаводского государственного университета; кафедра нормальной анатомии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова

Возрастные изменения в организме человека сопровождаются потерей костной ткани, истончением и уменьшением количества костных балок, вследствие чего увеличивается хрупкость костей и возрастает риск переломов. Остеопороз и остео-

поротические переломы являются важной медико-социальной проблемой современного здравоохранения. Среди многих факторов риска остеопороза важная роль принадлежит низкой минеральной плотности (МП) костной ткани, которая может быть количественно измерена с помощью рентгеновской денситометрии [4]. Формирование пиковой (максимальной) костной массы является ключевым этапом возрастного развития скелета и важным физиологическим моментом, определяющим прочность кости на протяжении всей жизни человека. На уровень МП костной ткани влияют величина значений пика костной массы, возраст начала и скорость ее потери [9]. Высокая индивидуальная вариабельность пиковых значений МП в одинаковых участках скелета [5], а также возрастные, половые, территориальные особенности степени минерализации костей могут приводить к неправильной оценке результатов исследования. На территории Республики Карелия (РК) имеются свои специфические